RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Projet SIPA

PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE DE DÉPISTAGE, DE DIAGNOSTIC ET DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉMENCE

Révision en cours

Groupe de recherche Université de Montréal / Université McGill
et
Régie Régionale de Montréal-Centre

2001

106-06198/

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre (514-286-5604)
Prix : 6,00 $; 25,00 $ pour la série complète

Également disponible dans le site Internet de la Régie régionale de Montréal-Centre dont l'adresse est : www.santemontreal.qc.ca/documentation

---

Les protocoles ont été réalisés en 1999-2000 et ont été révisés dans la présente version en mai 2001. Le nouveau processus de révision actuellement en cours vise les objectifs suivants : Mise à jour des données scientifiques et des conditions d'application; Clarification des rôles et responsabilités des intervenants et des médecins incluant la délégation d'actes; Amélioration des mécanismes de communication MD-Gestionnaire de cas.

© Groupe de recherche Université de Montréal / Université McGill et Régie Régionale de Montréal-Centre, 2001

« L'utilisation des outils, conçus pour la région de Montréal-Centre, est interdite à moins d'entente préalable avec la RRSSSMC »

ISBN : 2-89510-068-3 (Protocoles - série)
ISBN : 2-89510-070-5

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2002.

TABLE DES MATIÈRES

1. PROBLÉMATIQUE 3
2. BUT 3
3. OBJECTIFS VISÉS 3
4. DOCUMENTS À CONSULTER 4
5. BIBLIOGRAPHIE 5
6. LISTE DES TABLEAUX 6
7. LISTE DES ANNEXES 7
8. DÉPISTAGE DES TROUBLES COGNITIFS PAR LE GESTIONNAIRE DE CAS/ PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE 8
9. DIAGNOSTIC DE LA DÉMENCE PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE 9
10. PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE LA DÉMENCE ET DES PROBLÈMES ASSOCIÉS 10

TABLEAUX 1 à 13 ..... 15 à 27

ANNEXE 1 - EXAMEN DE FOLSTEIN SUR L'ÉTAT MENTAL (MMSE) 28
ANNEXE 2 - FOLSTEIN'S MINI MENTAL STATUS EXAMINATION 30
ANNEXE 3 - ÉCHELLE DE DÉPRESSION DE CORNELL POUR LA DÉMENCE 32
ANNEXE 4 - CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA 33
ANNEXE 5 - INVENTAIRE DU FARDEAU DE ZARIT (version française) 35
ANNEXE 6 - INVENTAIRE DU FARDEAU DE ZARIT (version anglaise) 36
ANNEXE 7 - FEUILLE SOMMAIRE DE SUIVI DU PROTOCOLE DÉMENCE 37
ANNEXE 8 - TESTAMENT DE VIE 38
ANNEXE 9 - ARTICLES DE RÉFÉRENCE 39

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001
Projet SIPA / Protocole - Démence

1. PROBLÉMATIQUE

- Prévalence croissante de la démence avec l'âge (35 % des personnes de plus de 85 ans) ;
- Cause importante de morbidité, de mortalité et d'institutionnalisation (plus de 50 % des patients en CHSLD souffrant de démence) ;
- Condition sous-diagnostiquée par les médecins de famille et les professionnels de la santé ;
- Prise en charge non systématique et parfois non adéquate des problèmes associés ;
- Cause importante de stress et d'épuisement des aidants naturels, surtout si des problèmes affectifs et des comportements perturbateurs sont présents chez la personne atteinte.

2. BUT

Établir un diagnostic précoce de la démence.

Assurer une qualité de vie optimale de la personne âgée démente et le maintien le plus longtemps possible de ses capacités fonctionnelles, selon le stade d'évolution de sa maladie.

Soutenir les aidants de la personne âgée démente et prévenir leur épuisement.

3. OBJECTIFS VISÉS

Par des actions concertées interdisciplinaires et interétablissements :

de la personne âgée inscrite au SIPA et de ses aidants,
du médecin de famille,
du gestionnaire de cas,
des autres intervenants de l'équipe de soins du SIPA,
de consultants rattachés au SIPA (gériatre, psychogériatre) (si nécessaire),
de professionnels des autres services gériatriques du réseau (si nécessaire) :

- Dépister systématiquement les troubles cognitifs à l'aide d'outils de dépistage validés ;
- Préciser le diagnostic de la démence afin d'éliminer les causes réversibles et de déterminer les interventions appropriées ;

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

- Assurer la prise en charge appropriée et systématique des principales problématiques associées à la démence chez la personne âgée atteinte :
  . traitement médicamenteux (démence vasculaire, démence de type Alzheimer) ;
  . problèmes fonctionnels associés aux pertes de fonctions cognitives (mémoire, langage, apraxie, agnosie, perception) ;
  . comportements perturbateurs ;
  . troubles affectifs (dépression et anxiété) ;
  . troubles nutritionnels ;
  . chutes ;
  . sécurité (aménagement physique du milieu de vie, conduite automobile, etc.) ;
  . compétence (mandat, curatelle) ;
  . niveau de soins proportionnés et testament de vie (réanimation, niveaux d'intervention) ;
  . hébergement intermédiaire et institutionnalisation.

- Dépister et prévenir l'épuisement des aidants des personnes démentes par différentes formes de soutien adaptés à leurs besoins :
  . information ;
  . conseils ;
  . répit ;
  . soutien psychologique ;
  . aide instrumentale (AVQ/AVD).

4. DOCUMENTS À CONSULTER

TriAD. Programme de gestion thérapeutique pour la maladie d'Alzheimer. Produit par la compagnie Pfizer, la société Alzheimer du Canada et des experts indépendants.

Micheline Dubé et Chantal Lemieux (1998). Personnes âgées atteintes de déficits cognitifs. Manuel d'intervention. Laboratoire de gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

C. Patterson, S. Gauthier, H. Bergman, et al. (1998). The recognition, assessment and management of dementing disorders : conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia.

M. Eccles, J. Clarke, M. Livingston, et al. (1998). North of England evidence based guidelines development project : guideline for the primary care management of dementia. BMJ, 317 (7161) : 802-808.

Chertkow, H. et Bergman, H. Troubles cognitifs et diagnostic précoce de la démence in Arcand-Hébert (1997). Précis pratique de gériatrie, 2e édition, Edisem-Maloine, FMOQ.

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

5. BIBLIOGRAPHIE

- **TEST DE DÉPISTAGE**

Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. Mini-Mental State : A practical method for grading the cognitive stage of patients for the clinician. J. Psychiatric Res 1975; 12 : 189-198.

Tombaugh, T.N. McIntyre, N.H. The Mini-Mental State Examination : A comprehensive review. J Am Geriatric Society 1992 ; 40 : 922-935.

Alexopoulos, G.S., Albrams, R.C., Young, R.C., Shamoian, C.A. Cornell Scale for depression in dementia. Biol Psychiatry 1988 ; 23 : 271-284.

Katz, I.R. Diagnosic and treatment of depression in patients with Alzheimer's disease and other dementias. J. Clin Psychiatry 1998 ; 59 (supp. 9) : 38-44.

Gilley, D.W., Wilson, R.S. Criterian-Related validity of the Geriatric Depression Scale in Alzheimer's disease. J. of Clin and Exp Neuropsychology 1997 ; 19 (4) : 489-499.

McGivney, S.A., Mulvihill, M., Taylor, B. Validating the GDS Depression Screen in the nursing home. JAGS 1994 ; 42 : 490-492.

Yousef, G., Ryan, W.J., Lamber, T., Pitt, B., Kellett, J. A preliminary report : a new scale to identify the pseudodementia syndrome. Internal J. of Ger. Psychiatry.1998; 13 : 389-399.

- **INTERVENTION PSYCHOSOCIALE**

Mittelman, M.S., Ferris, S.H., Shulman, E., Steinberg, G., Levin, B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease, A randomized controlled trial. JAMA 1996 ; 276 : 1725-1731.

Mittelman, M.S., Ferris, S.H., Steingerg, G., Shulman, E., Mackell, J.A., Ambinder, A., Cohen, J. An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients : treatment of spouse – caregivers. The Gerontologist, 1993 ; 33 (6) : 730-740.

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

6. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	:	Valeurs de référence selon l'âge et le niveau d'éducation pour le MMSE (Mini-Mental State Examination)
Tableau 2	:	Critères diagnostiques (DSM-IV) du delirium
Tableau 3	:	Facteurs précipitants de delirium
Tableau 4	:	Médicaments fréquemment en cause dans le delirium
Tableau 5	:	Caractéristiques de la pseudodémence et de la démence
Tableau 6	:	Épreuves de laboratoire de base suggérées pour l'évaluation d'une démence de type Alzheimer, avec un tableau cognitif typique
Tableau 7	:	Conditions justifiant une scanographie dans l'évaluation diagnostique de la démence
Tableau 8	:	Conditions justifiant une consultation du médecin de première ligne à un gériatre, un psychogériatre, un neurologue ou un autre professionnel dans l'évaluation et la prise en charge de la démence
Tableau 9	:	Critères diagnostiques de la démence
Tableau 10	:	Critères pour le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer (MA)
Tableau 11	:	Causes sous-jacentes des troubles de comportement chez les sujets atteints de déficits cognitifs
Tableau 12	:	Résumé du plan de traitement des troubles de comportement
Tableau 13	:	Échelle de détérioration globale (Riesberg)

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

7. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	:	Examen de Folstein sur l'état mental (MMSE)
Annexe 2	:	Folstein's Mini Mental Status Examinaton
Annexe 3	:	Échelle de dépression de Cornell pour la démence (version française)
Annexe 4	:	Échelle de dépression de Cornell pour la démence (version anglaise)
Annexe 5	:	Inventaire du fardeau de Zarit (version française)
Annexe 6	:	Inventaire du fardeau de Zarit (version anglaise)
Annexe 7	:	Feuille sommaire de suivi du protocole démence
Annexe 8	:	Testament de vie
Annexe 9	:	Articles de référence

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

8. DÉPISTAGE DES TROUBLES COGNITIFS PAR LE GESTIONNAIRE DE CAS/ PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

SITUATION 1

MMSE* = 27/30 et plus **et**

absence de plaintes patient/famille (mémoire ou autre domaine cognitif) **et**

absence d'atteinte fonctionnelle secondaire
(médicaments, téléphone, budget, transport en particulier)

↓

MÉMOIRE NORMALE POUR L'ÂGE
QUESTIONNAIRE ET MMSE AU BESOIN OU À RÉPÉTER DANS 1 AN

SITUATION 2

MMSE = 27/30 et plus **et**

plaintes patient/famille **ou**

atteinte fonctionnelle secondaire

↓

RÉFÉRENCE AU MÉDECIN DE FAMILLE POUR ÉVALUATION PLUS APPROFONDIE, SI DIAGNOSTIC NON CONNU

SITUATION 3

MMSE entre 21 et 26 **(selon valeurs de référence pour âge et niveau d'éducation) (tableau 1)**

ou

MMSE < 21

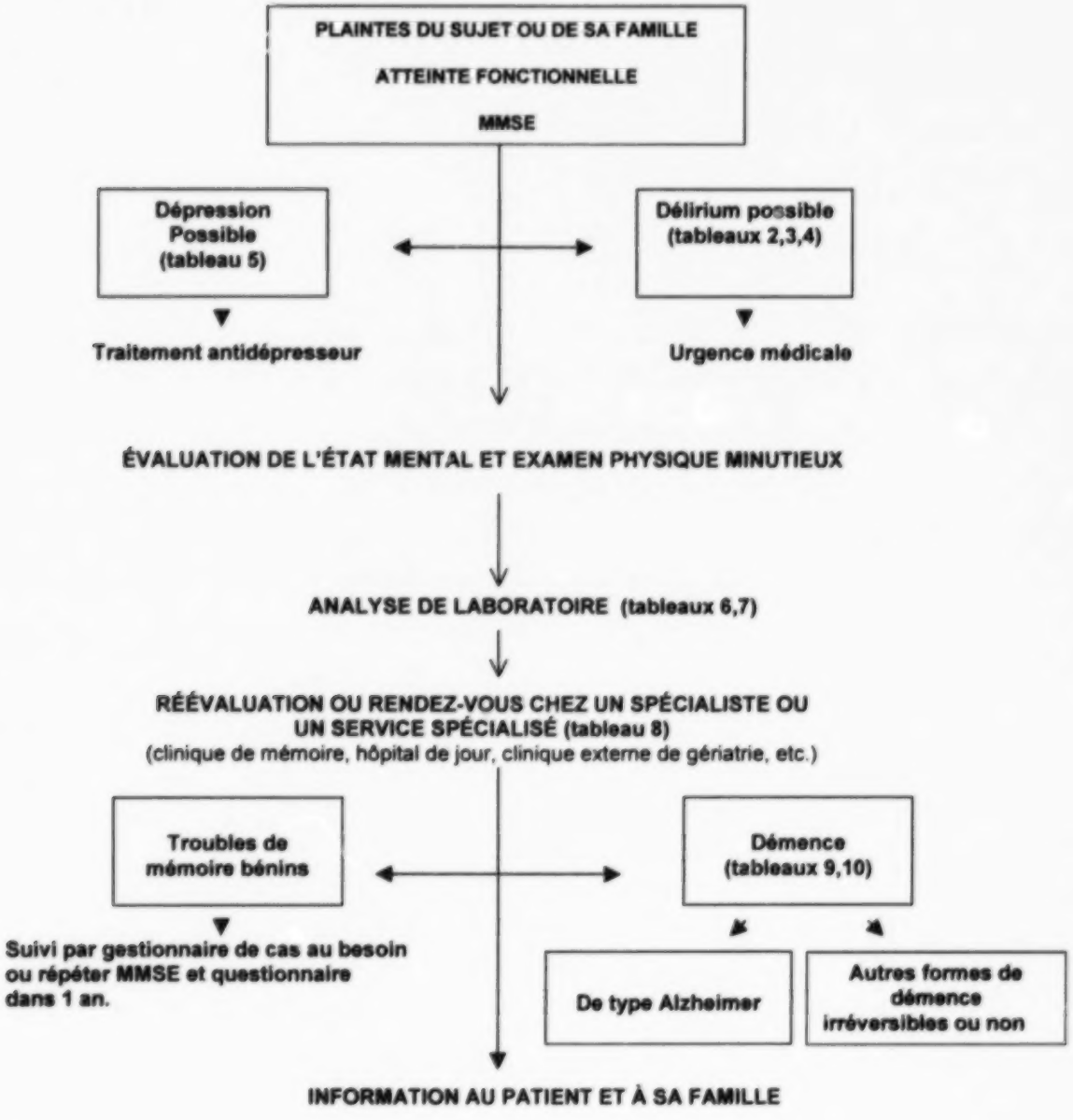
↓

RÉFÉRENCE AU MÉDECIN DE FAMILLE POUR ÉVALUATION PLUS APPROFONDIE, SI DIAGNOSTIC NON CONNU

* **MMSE : MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (VOIR ANNEXE 1 OU 2)**

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

9. DIAGNOSTIC DE LA DÉMENCE PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE



© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

10. PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE LA DÉMENCE ET DES PROBLÈMES ASSOCIÉS

- Traitements médicamenteux
- Problèmes fonctionnels associés aux pertes de fonctions cognitives
- Comportements perturbateurs
- Troubles affectifs
- Troubles nutritionnels
- Chutes
- Sécurité
- Aptitude
- Niveaux de soins proportionnés et testament de vie
- Hébergement intermédiaire/institutionnalisation
- Épuisement des aidants

10.1 Traitements médicamenteux → ralentir la progression de la maladie

- démence de type Alzheimer légère à modérée

  Médications spécifiques aux troubles cognitifs, ex. : Donépézil (Aricept)

  ► référence du médecin de famille à une clinique de mémoire ou gériatre ou psychogériatre

  ↓

  ► suivi serré de l'indication du médicament et des effets secondaires.

- démence vasculaire

  Aspirine

  ► prescrite par le médecin de famille

10.2 Problèmes fonctionnels associés aux pertes de fonctions cognitives

- mémoire, langage, praxie, gnosie et perception peuvent être touchés

► information et conseils au patient/famille sur les stratégies compensatoires individuelles et environnementales
► établir une routine personnalisée
► aménagement de l'espace

↓

médecin de famille
gestionnaire de cas/professionnel de l'équipe multidisciplinaire
Société de la maladie d'Alzheimer (TriAD)

↓

référence au besoin à des programmes d'activités structurées (centre de jour par exemple)

10.3 Comportements perturbateurs

- errance, agressivité physique ou verbale, syndrome crépuslaire (anxiété à la tombée du jour), incontinence urinaire, comportements sexuels inadéquats, cris ou vocalisations, etc.

► éliminer les causes (tableau 11)
► établir un plan d'intervention individualisé (tableau 12)
**attention à l'emploi des neuroleptiques dans la démence à corps de Lewy*

↓

médecin de famille
gestionnaire de cas/professionnels de l'équipe multidisciplinaire

↓

référence au besoin au gériatre, psychogériatre ou autres programmes (hôpital de jour, unité de psychogériatrie hospitalière, etc.)

10.4 Troubles affectifs (dépression, anxiété)

- dépression

► dépistage par le gestionnaire de cas à l'aide de l'échelle de dépression de Cornell pour la

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

démence (score 0 - 38) (Annexe 3 ou 4)

► cf. protocole dépression

SITUATION 1

Score = 7 et moins

aucune dépression

↓

répéter au besoin ou dans 1 an

SITUATION 2

Score entre 8 et 14

dépression mineure intermittente

↓

à répéter dans 2 à 3 mois
identifier et corriger les causes si possible
si encore +, référence au médecin de famille

SITUATION 3

Score entre 15 et 24

dépression majeure probable

ou

Score entre 25 et 38

dépression majeure

↓

référence au médecin de famille pour
diagnostic et traitement

10.5 Troubles nutritionnels

cf. protocole

10.6 Chutes

cf. protocole

10.7 Sécurité

- évaluation des risques ► gestionnaire de cas/professionnels de l'équipe
- aménagement physique des lieux et surveillance des AVQ/AVD ► famille/gestionnaire de cas/professionnels de l'équipe
- conduite automobile ► évaluation des habiletés de conduite automobile

  ↓

  référence du patient par le médecin de famille à des ressources spécialisées

  ↓

  s'il y a lieu, démarches auprès des autorités pour déclaration d'inaptitude

  et

  soutien émotif au patient/famille et, si nécessaire, ressources de transport offertes (organismes bénévoles, transport adapté, etc.)

10.8 Aptitude

- évaluation de l'aptitude ► médecin, gestionnaire de cas, professionnels de l'équipe multidisciplinaire

  ↓

  référence à autre professionnel si nécessaire (psychogériatre, gériatre)

  ↓

  procuration bancaire
  mandat
  régime de protection

10.9 Niveaux de soins proportionnés et testament de vie

- voir annexe 8

10.10 Hébergement intermédiaire et institutionnalisation

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

- Soutien à la personne âgée et son aidant pour l'adaptation dans le nouveau milieu de vie.

10.11 Épuisement des aidants

- cf. protocole ► Évaluation par l'inventaire du fardeau de Zarit (annexe 5 ou 6)

SITUATION 1

Score 0 - 20

↓

Répéter dans 1 an

SITUATION 2

Score 21 à 40

↓

► information sur la maladie

► conseils sur les problèmes rencontrés et stratégies d'adaptation

► services de répit (gardiennage, hébergement temporaire, etc.)

► aide instrumentale (AVQ/AVD)

► référence à la Société d'Alzheimer et autres ressources.

SITUATION 3

Score égal ou supérieur à 41

↓

Ajouter aux interventions précédentes :

► soutien psychologique (individuel, groupe d'entraide)

► dépistage de problèmes de santé

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

TABLEAU 1

Valeurs de référence selon l'âge et le niveau d'éducation pour le MMSE (Mini-Mental State Examination)

Âge/Éducation	Centiles	0 à 4 ans	5 à 8 ans	9 à 12 ans	13 ans et plus
65-69	50e	26	27	28	29
	25e	23	26	27	28
(N=2008)	**5e**	**20**	**22**	**24**	**26**
70-74	50e	26	27	28	29
	25e	24	26	27	27
(n=1638)	**5e**	**22**	**23**	**24**	**25**
75-79	50e	26	27	28	28
	25e	24	25	26	26
(n=2112)	**5e**	**20**	**22**	**24**	**24**
80-84	50e	25	26	27	28
	25e	23	25	26	26
(n=1051)	**5e**	**18**	**21**	**23**	**23**
85 et plus	50e	25	26	27	27
	25e	23	23	25	26
(n=853)	**5e**	**17**	**20**	**22**	**23**

Source : Hébert, R. & G. Bravo : Étude canadienne sur la santé et le vieillissement 1992.

Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

TABLEAU 2

Critères diagnostiques (DSM-IV) du delirium
A. Perturbation de la conscience (altération de la capacité à bien saisir les stimuli externes) avec diminution de la capacité à fixer et soutenir l'attention.
B. Altération des fonctions cognitives (telles qu'un déficit mnésique, une désorientation ou un trouble du langage) ou un trouble perceptuel, ne pouvant être expliqués par une démence préexistante ou en voie d'installation.
C. Trouble d'installation rapide (habituellement quelques heures à quelques jours) et ayant tendance à fluctuer d'intensité au cours d'une même journée.
D. L'histoire, l'examen physique ou les examens paracliniques tendent à démontrer que le trouble est causé par les conséquences physiologiques directes d'une condition médicale (organique).
Adapté de : DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994
Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

TABLEAU 3

Facteurs précipitants du delirium	
Infections	Pneumonie, infection urinaire, septicémie, ulcérations cutanées infectées Plus rares : méningite, encéphalite, diverticulite, endocardite
Cardiopathies	Insuffisance cardiaque décompensée, infarctus du myocarde, dysrythmies
Maladies cérébrales	Accident vasculaire cérébral, ischémie cérébrale transitoire, hématome sous-dural, tumeur cérébrale, état postcritique
Troubles métaboliques	Hypoxie (par anémie, insuffisance respiratoire ou cardiaque), hyper- ou hypoglycémie, hypokaliémie, hyponatrémie, urémie, insuffisance hépatique, hyper- ou hypocalcémie, hyper- ou hypothyroïdie, déshydratation
Médicaments	Voir tableau 4
Traumatismes	En particulier, fractures du fémur
Postchirurgie	
Néoplasies	Dont syndromes paranéoplasiques
Syndromes de retrait	En particulier alcool, mais à l'occasion, barbituriques, benzodiazépines
Divers	Fécalome, rétention urinaire, atteinte intra-abdominale (infarctus mésentérique)

Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

TABLEAU 4

Médicaments fréquemment en cause dans le delirium	
Narcotiques	
Sédatifs-hypnotiques (surtout benzodiazépines, en particulier à demi-vie longue)	
Anticholinergiques :	tricycliques neuroleptiques sédatifs (ex. : thioridazine) antiparkinsoniens (ex. : benztropine) atropine, scopolamine antihistaminiques (ex. : diphenhydramine) quinidine
Antiulcéreux : cimétidine, ranitidine	
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	
Corticostéroïdes	
Antiparkinsoniens : lévodopa, amantadine	
Divers :	dérivés de la théophylline antiépileptiques digitaliques
Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997	

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

TABLEAU 5

Caractéristiques de la pseudodémence et de la démence	
Pseudo-démence	**Démence**
Évolution clinique et histoire	
Début datable avec précision	Début insidieux
Évolution rapide	Progression lente
Antécédents psychiatriques fréquents	Rare
Comportements et plaintes	
Se plaint de pertes cognitives	Peu de plaintes
Met ses déficits en évidence	Camoufle ses déficits
Fait peu d'efforts pour réussir	Fait beaucoup d'efforts
Détresse soutenue	Affect labile, superficiel
Rare accentuation nocturne des déficits	Accentuation nocturne des déficits
Évaluation clinique	
« Je ne sais pas »	Réponse approximative
Perte de mémoire : faits récents = faits lointains	Perte de mémoire : faits récents > faits lointains
Variabilité marquée dans la performance d'une tâche similaire	Peu de variabilité

Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Héberl, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

TABLEAU 6

Épreuves de laboratoire de base suggérées pour l'évaluation d'une démence de type Alzheimer, avec un tableau cognitif typique
Formule sanguine complète
TSH
Électrolytes
Calcium sanguin
Glycémie
Tiré des recommandations de la Conférence canadienne pour un consensus sur l'évaluation de la démence, 1998

TABLEAU 7

Conditions justifiant une scanographie dans l'évaluation diagnostique de la démence

- sujet de moins de 60 ans
- affaiblissement rapide (sur une période de 1 à 2 mois) et inexpliqué des facultés cognitives ou fonctionnelles
- « courte » durée de la démence (< 2 ans)
- tout signe localisé nouveau (hémiparésie, signe de Babinski, etc.)
- traumatisme crânien récent
- symptômes neurologiques inexpliqués (maux de tête sévères nouveaux, convulsions, etc.)
- antécédents de cancer (dans des régions produisant des métastases cérébrales, les poumons ou les seins par exemple)
- emploi d'anticoagulants ou antécédents de saignements anormaux
- incontinence urinaire et troubles de la démarche survenant tôt dans la démence (comme dans l'hydrocéphalie à pression normale)
- anomalies de la démarche
- présentation ou symptômes cognitifs inhabituels ou atypiques (aphasie progressive par exemple)

Tiré des recommandations de la Conférence canadienne pour un consensus sur le dépistage, l'évaluation et la prise en charge de la démence, 1998

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

TABLEAU 8

Conditions justifiant une consultation du médecin de première ligne à un gériatre, un psychogériatre, un neurologue ou un autre professionnel dans l'évaluation et la prise en charge de la démence

- incertitude diagnostique persistante après l'évaluation initiale et le suivi
- demande d'une seconde opinion du patient ou de sa famille
- présence d'une dépression significative, surtout si elle ne répond pas au traitement
- problèmes de traitement ou insuccès avec les nouvelles médications spécifiques pour la maladie d'Alzheimer
- besoin d'aide supplémentaire pour la prise en charge de certains problèmes du patient (troubles de comportement, par exemple) ou soutien à l'aidant principal
- besoin d'impliquer d'autres services professionnels, services bénévoles comme la Société de la maladie d'Alzheimer
- si un counselling génétique est indiqué
- si des recherches sont menées sur le diagnostic et le traitement

Tiré des recommandations de la Conférence canadienne pour un consensus sur le dépistage, l'évaluation et la prise en charge de la démence, 1998

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

TABLEAU 9

Critères diagnostiques de la démence*

A. Apparition de multiples déficits cognitifs qui se manifestent à la fois par :

1. Une altération de la mémoire (altération de la capacité d'apprendre de nouvelles informations ou de se souvenir des informations acquises antérieurement).

2. Un (ou plusieurs) des troubles cognitifs suivants

   a) aphasie (trouble du langage)

   b) apraxie (incapacité de réaliser une activité motrice, malgré des fonctions motrices intactes)

   c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets, malgré des fonctions sensorielles intactes)

   d) trouble des fonctions exécutives (planification, organisation, régulation de l'activité et capacité d'abstraction)

B. Les troubles cognitifs des critères A1 et A2 interfèrent chacun de façon significative avec le fonctionnement antérieur.

C. Les déficits ne surviennent pas exclusivement pendant un épisode de delirium.

D. Le trouble ne s'explique pas mieux par une maladie de l'AXE 1 (p. ex., dépression majeure, schizophrénie).

* Adaptation des critères de DSM-IV, American Psychiatrie Association, 1994

Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

TABLEAU 10

Critères pour le diagnostic clinique de la maladie d'Alzheimer (MA)
(D'après le NINCDS – ADRDA, 1984)

I. Les critères pour le diagnostic clinique de la MA PROBABLE incluent

- démence établie par examen clinique et documentée par le Mini-Mental State Examination, le Blessed Dementia Scale ou un examen similaire, et confirmée par des tests neuropsychologiques
- déficits dans deux domaines cognitifs ou plus
- détérioration progressive de la mémoire et des autres fonctions cognitives
- pas de trouble de l'état de conscience
- début entre 40 et 90 ans, le plus souvent après 56 ans
- absence de maladie systémique ou d'une autre affection cérébrale qui pourrait, en soi et d'elle-même, causer des troubles progressifs de la mémoire et de l'intellect

II. Le diagnostic de MA PROBABLE est étayé par

- une détérioration progressive de fonctions intellectuelles spécifiques comme le langage (aphasie), l'habilité motrice (apraxie) et la perception (agnosie)
- des difficultés dans les activités de la vie quotidienne et des changements de traits comportementaux
- une histoire familiale de troubles similaires, surtout si confirmée pathologiquement
- des tests de laboratoire
  - ponction lombaire normale selon les techniques reconnues
  - EEG normal ou avec changements non spécifiques, comme une augmentation de l'activité d'ondes lentes et évidence d'atrophie cérébrale à la scanographie du cerveau avec progression documentée par examens en série

III. D'autres éléments cliniques compatibles avec le diagnostic de MA PROBABLE, après exclusion de causes de démence autres que la MA, incluent

- plateaux dans l'évolution de la progression de la maladie
- symptômes associés de dépression, insomnie, incontinence, idées délirantes, illusions, hallucinations, crises catastrophiques verbales, émotionnelles ou physiques, désordres sexuels et perte de poids
- autres anomalies neurologiques chez certains patients, surtout aux stades plus avancés de la maladie et incluant des signes moteurs comme augmentation du tonus musculaire, myoclonies, ou troubles à la marche
- crises convulsives chez les cas avancés
- scanographie du cerveau normale pour l'âge

IV. Éléments qui rendent le diagnostic de MA PROBABLE improbable ou incertain

- début soudain ou apoplectique
- déficits neurologiques focaux comme hémiparésie, perte sensorielle, défaut de champ visuel et incoordination tôt dans l'évolution de la maladie
- crises convulsives ou troubles de la marche au début ou très tôt dans l'évolution de la maladie

V. Critères diagnostiques de MA POSSIBLE

- le diagnostic peut être porté sur la base d'un syndrome démentiel, en l'absence d'autres maladies neurologiques, psychiatriques ou systémiques suffisantes pour causer une démence et en présence de variations dans le début, la présentation ou l'évolution clinique
- peut être posé en présence d'une seconde affection pathologique cérébrale ou systémique suffisante pour causer une démence, qui n'est pas considérée comme la cause de démence
- doit être utilisé dans les protocoles de recherche lorsqu'un déficit cognitif isolé graduellement progressif est identifié en absence d'une autre cause

VI. Critères pour le diagnostic de MA DÉFINITIVE

- critères cliniques de MA probable
- confirmation histopathologique par biopsie ou autopsie

VII. La classification de MA pour fin de recherche devrait spécifier des éléments qui pourraient différencier des sous-types de la maladie

- histoire familiale positive
- début avant l'âge de 65 ans
- présence de trisomie 21
- coexistence d'autres affections pathologiques pertinentes comme la maladie de Parkinson

Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

TABLEAU 11

Causes sous-jacentes des troubles du comportement
Chez les sujets atteints de déficits cognitifs

Médicales	Psychiques	Environnementales
• delirium • douleurs • déficits sensoriels • besoins insatisfaits	• trouble affectif • trouble d'adaptation • symptômes psychotiques • anxiété • expression d'émotions • personnalité sous-jacente	• contentions • changement d'environnement • sur- ou sous-stimulation • attitudes ou interventions inadéquates

Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

TABLEAU 12

Résumé du plan de traitement des troubles du comportement

INTERVENTIONS DE BASE

- Satisfaire les besoins de base
- Corriger les déficits sensoriels
- Soulager la douleur
- Traiter les affections sous-jacentes

APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

- Interventions environnementales
  - prévoir un temps d'adaptation
  - simplifier l'environnement
  - établir une routine sécurisante
  - utiliser les repères spatiotemporels
  - éviter les contraintes physiques
  - organiser des activités adaptées
  - prévoir des temps de repos
  - favoriser le sommeil nocturne
  - éviter la sur- ou sous-stimulation
  - valoriser les capacités restantes
  - éviter les tâches trop complexes
  - retirer le patient de situations stressantes
  - éviter la confrontation
  - respecter le rythme du patient
  - prévoir des temps privilégiés pour les soins de base
  - tenir compte de la personnalité sous-jacente
  - être attentif au non-verbal
- Interventions d'enseignement et de soutien
  - information
  - formation
  - soutien
  - réminiscence
  - orientation à la réalité
  - validation
  - stimulation sensorielle
- Thérapies alternatives
  - zoothérapie
  - musicothérapie
  - thérapie occupationnelle

APPROCHE PHARMACOLOGIQUE

- Règles de prescription
  - Évaluer s'il s'agit d'un comportement susceptible de répondre
  - déterminer les buts et les limites du traitement
  - donner un seul psychotrope à la fois
  - privilégier dans une classe celui qui nous est le plus familier
  - débuter à petite dose
  - s'assurer que le patient prend le médicament
  - attendre suffisamment avant de mesurer l'efficacité
  - évaluer si la dose est adéquate
  - faire attention à la spirale de toxicité
  - ajuster les heures de prise du médicament
  - réévaluer régulièrement les besoins médicamenteux
  - s'interroger avant de renouveler la prescription
- Choix médicamenteux
  - tenir compte du type de problématique
  - vérifier la réponse antérieure
  - prendre en considération le profil d'effets secondaires
  - évaluer la condition physique du patient

**Attention à l'emploi des neuroleptiques dans la démence à corps de Lewy*

Tiré du Précis pratique de gériatrie, Arcand-Hébert, Edisem, F.M.O.Q., Maloine, 1997

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

TABLEAU 13

Échelle de détérioration globale (EDG)

STADE 1 : AUCUNE ATTEINTE COGNITIVE
La personne ne se plaint pas de troubles de la mémoire.

STADE 2 : ATTEINTE COGNITIVE TRÈS LÉGÈRE
La personne se plaint de troubles de la mémoire. Elle oublie les noms de vieilles connaissances et l'endroit où elle a placé des objets familiers. Aucune manifestation objective de ces déficits ne se produit au travail ni dans les réunions sociales.

STADE 3 : ATTEINTE COGNITIVE LÉGÈRE
Les problèmes de mémoire deviennent apparents, et l'entourage note une baisse de rendement dans un emploi exigeant. Les troubles de mémoire et de concentration sont manifestes lors des tests cliniques et des entrevues. La personne peut se perdre en se rendant dans un endroit peu connu. Une anxiété, de légère à modérée, accompagne les symptômes.

STADE 4 : ATTEINTE COGNITIVE MODÉRÉE
La personne présente divers déficits : troubles de concentration manifestes; méconnaissance des événements actuels et récents; difficulté à voyager seule et à accomplir des tâches complexes, telles la gestion des finances personnelles, les emplettes et la préparation des repas. Elle tend à fuir les situations difficiles.

STADE 5 : ATTEINTE COGNITIVE MODÉRÉMENT PROFONDE
La personne ne peut plus vivre sans aide. Elle est incapable, lors d'un examen, de se souvenir d'un aspect important de sa vie présente (par exemple, son adresse et son numéro de téléphone, le nom de ses petits-enfants). L'accomplissement des activités de la vie quotidienne, tel le choix des vêtements appropriés, devient difficile.

STADE 6 : ATTEINTE COGNITIVE PROFONDE
La personne peut oublier le nom de son conjoint. Elle a besoin d'aide pour s'habiller, se laver, aller aux toilettes, se déplacer, et peut souffrir d'incontinence urinaire et fécale. Elle est généralement peu consciente de son environnement, de la date, de la saison... Elle est victime de troubles émotifs et de modifications de la personnalité (anxiété, agitation, comportement violent inexistant jusque-là).

STADE 7 : ATTEINTE COGNITIVE TRÈS PROFONDE
La personne est aphasique, et le mutisme est fréquent. Il y a perte des fonctions psychomotrices de base (marcher, s'asseoir). Le cerveau ne semble plus être en mesure de donner des ordres au corps.

Traduction et adaptation de : REISBERG, B. et al., 1982.

Tiré de L'Infirmière du Québec Juillet/août 1999, p. 39.

Projet SIPA Établissement :	Révision en cours

ANNEXE 1

EXAMEN DE FOLSTEIN SUR L'ÉTAT MENTAL

D'après Folstein MF, Folstein SE et McHugh PR. "Mini-Mental State" : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:196-8 et Cockrell JR et Folstein MF.Mini-Mental State Examination (MMSE) Psychopharm Bull 1988:24(4):689-92.

Demander au sujet :		cote max.	cote du sujet
1- Quel est	___/___/___ (l'année) ___/___ (le mois) ___/___ (la date) D L M M J V la saison : printemps ☐ été ☐ automne ☐ hiver ☐ **N.B.** : Pour la date, on accepte une erreur de une journée	5	( )
2-Où sommes-nous	___ (adresse, # app, résidence) ___ (ville) ___ (province) ___ (pays)	5	( )

3-Dire au sujet : « Écoutez-moi bien, je vais vous dire 3 mots. Écoutez attentivement, car je vais vous demander de répéter ces mots ».

Mentionner les 3 mots suivants en prenant une seconde pour prononcer chaque mot

MAISON ☐ **ENFANT** ☐ **DRAPEAU** ☐

Dire au sujet : « Pouvez-vous répéter ces mots ».

Donner 1 point pour chaque bonne réponse au 1er essai.

3 ( )

Si le sujet n'a pas obtenu 3 points à cette épreuve, répéter l'exercice jusqu'à jusqu'à ce qu'il retienne les 3 mots, (jusqu'à 6 essais).
Compter le nombre d'essais et le noter (pour information seulement).

Nombres d'essais_____

4- Demander au sujet de faire les 2 épreuves et comptabiliser le score le plus élevé des deux.

☐ Demander au sujet de faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100 : 100 – 7 = ( ) 93 –7 = ( )

et 86 – 7 = ( ) 79 – 7 = ( ) 72 – 7 = ( ) 65.

Donner 1 point pour chaque bonne réponse.

5 ( )

☐ Demander au sujet d'épeler le mot « **MONDE**» à l'envers, (**EDNOM**) :
Au préalable, on peut épeler le mot **MONDE** à l'endroit, avec la personne ___ ___ ___ ___ ___ (écrire les lettres)

5-Demander au sujet de répéter les 3 mots de l'épreuve B:

MAISON ☐ **ENFANT** ☐ **DRAPEAU** ☐
Autres réponses :_____

1 point par bonne réponse. Il n'y aura aucune rétention mnésique, si le sujet n'a pas pu retenir, après plusieurs essais, les 3 mots de l'épreuve B.

3 ( )

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

6-Dénomination - Montrer au sujet un crayon ☐ une montre ☐ et lui demander de nommer l'objet. 2 ( )

7-Répétition - Demander au sujet de répéter la phrase suivante : « **Pas de si ni de ça** » ☐ 1 ( )

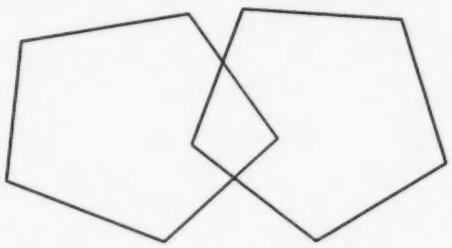
8-Consigne - Demander au sujet d'obéir à un ordre en 3 temps :
« Prenez cette feuille de papier de la main gauche (droite pour gauchers) ☐ pliez-la en deux ☐ et mettez-la sur le plancher ☐»
N.B. : Prendre garde de tendre la main; évitez les indices non verbaux. 3 ( )

9-Lecture - Demander au sujet de lire et de suivre l'instruction suivante **«FERMEZ VOS YEUX»** 1 ( )
Si le sujet se limite à lire, on peut lui redemander d'exécuter ce qui est écrit.

10-Écriture - Demander au sujet d'écrire une phrase complète. (Si le sujet est en panne d'inspiration, on peut lui proposer un thème, ex.: la température)

_____
(sujet, verbe, sans égard aux fautes) 1 ( )

11-Demander au sujet de copier le dessin suivant : 1 ( )



N.B. : on doit obtenir 2 figures à 5 côtés avec entrecroisement, formant un quadrilatère au centre.

Cote maximale : 30
Cote du sujet :_____

Interprétation des scores : Un score de moins de 24 points à l'examen de Folstein sur l'état mental peut indiquer une altération des fonctions cognitives. Ce test ne permet cependant pas de faire un diagnostic étiologique.

Âge du sujet : _____
Nombre d'années de scolarité du sujet :_____
Commentaires (incapacité du sujet, niveau de conscience et de participation du sujet, contexte de l'évaluation…): _____
_____
_____

Date :___/___/___
a j m

_____
Signature

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001
Projet SIPA / Protocole - Démence

Projet SIPA Établissement :	Révision en cours

ANNEXE 2

FOLSTEIN'S MINI MENTAL STATUS EXAMINATION

D'après Folstein MF, Folstein SE et McHugh PR. "Mini-Mental State" : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:196-8 et Cockrell JR et Folstein MF.Mini-Mental State Examination (MMSE) Psychopharm Bull 1988:24(4):689-92.

Ask the patient:		max. score	patient
1- What is	___/___ year ___/ month ___/ date S M T W T F season: spring ☐ summer ☐ fall ☐ winter ☐ **N.B.** : For the date, an error of one day is acceptable	5	( )
2- Where are we	___ address, apt #, residence ___ town/city ___ province ___ country	5	( )

3- Say to the patient: "Listen carefully, I will tell you 3 words. Listen carefully because I will ask you to repeat them".

Name 3 words taking one second to pronounce each

HOUSE ☐ **CHILD** ☐ **FLAG** ☐

Say to the patient: "Can you repeat these words".

Give 1 point for each correct answer.

3 ( )

If the patient did not get 3 points, repeat the words until the patient learns all three.

Count trials and record. Number of trials _____

4- Ask the patient to perform 2 exercises and count the best one.

☐ Ask the patient to subtract: 100 – 7 = ( ) 93 –7 = ( )

and 86 – 7 = ( ) 79 – 7 = ( ) 72 – 7 = ( ) 65. 5 ( )

Give 1 point for each correct answer.

☐ Ask the patient to spell **"WORLD"** backwards **(DLROW)**:
Before the test, you can spell **"WORLD"** with the person ___ ___ ___ ___ ___ (write the letters)

5- Ask for the three objects repeated above:

HOUSE ☐ **CHILD** ☐ **FLAG** ☐

Other answers:_____

Give one point for each correct answer. 3 ( )

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

6- Denomination - Show a pencil ☐ a watch ☐ and ask the patient to name them. 2 ( )

7- Repeat - Ask the patient to repeat: **"No ifs, and, or buts"** ☐ 1 ( )

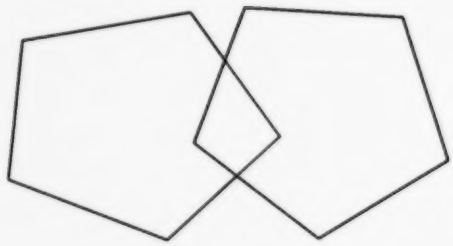
8- Command - Ask the patient to follow a three stage command:
**"Take a paper in your left hand (right hand for left-handed) ☐,
fold it in half ☐, and put it on the floor ☐"**
3 ( )

9- Read – Ask the patient to read and obey the following: **"CLOSE YOUR EYES"** 1 ( )

10- Write – Ask the patient to write a sentence spontaneously.

_____
(subject, verb, regardless of spelling mistakes) 1 ( )

11- Ask the patient to copy the following design: 1 ( )



N.B. : on doit obtenir 2 figures à 5 côtés avec entrecroisement, formant un quadrilatère au centre.

Maximum score : 30
Patient's score : _____

Interpretation: A score less than 24 points may indicate that the patient has cognitive impairment.

Age: _____
Number of school years: _____
Comments: _____
_____
_____

Date: ___/___/___
a j m

_____
Signature

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001
Projet SIPA / Protocole - Démence

Projet SIPA Établissement :	Révision en cours

ANNEXE 3

ÉCHELLE DE DÉPRESSION DE CORNELL POUR LA DÉMENCE

Traduction du Service de psychologie, Hôpital Régional de Campbelton

Système d'évaluation

a = incapable d'évaluer
0 = absent
1 = léger ou intermittent
2 = grave

Les cotes devraient être basées sur les symptômes et signes observés dans la semaine précédant l'entrevue.
N'attribuer aucune cote si les symptômes résultent d'une déficience ou d'une maladie.

1. **Anxiété** (expression anxieuse, ruminations, tendance à se faire du souci)	a 0 1 2	_____
2. **Tristesse** (expression triste, voix triste, tendance à pleurer constamment)	a 0 1 2	_____
3. **Absence de réaction face à des événements agréables**	a 0 1 2	_____
4. **Irritabilité** (facilement contrarié, s'emporte facilement)	a 0 1 2	_____
5. **Agitation** (ne peut tenir en place, se tord les mains, se tire les cheveux)	a 0 1 2	_____
6. **Ralentissement** (mouvements lents, débit de parole lent, réactions lentes)	a 0 1 2	_____
7. **Plaintes physiques multiples** (attribuer la cote « 0 » s'il s'agit uniquement de problèmes gastro-intestinaux)	a 0 1 2	_____
8. **Perte d'intérêt** (participe moins aux activités habituelles) (attribuer une cote uniquement si le changement s'est produit de façon aiguë, i.e. moins d'un mois)	a 0 1 2	_____
9. **Perte d'appétit** (mange moins qu'à l'habitude)	a 0 1 2	_____
10. **Perte de poids** (attribuer la cote « 2 » si la perte est supérieure à 2,5 kilos en 1 mois)	a 0 1 2	_____
11. **Manque d'énergie** (se fatigue facilement, est incapable de prendre part à des activités) (attribuer une cote uniquement si le changement s'est produit de façon aiguë, i.e. moins d'un mois)	a 0 1 2	_____
12. **Variation diurne de l'humeur** (aggravation des symptômes le matin)	a 0 1 2	_____
13. **Difficultés à s'endormir** (S'endort plus tard qu'à l'habitude)	a 0 1 2	_____
14. **Réveils nocturnes fréquents**	a 0 1 2	_____
15. **Réveils matinaux précoces** (se réveil plus tôt qu'à l'habitude)	a 0 1 2	_____
16. **Suicide** (a le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, a des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide)	a 0 1 2	_____
17. **Faible estime de soi** (se blâme, a des sentiments d'auto-dépréciation ou d'échec)	a 0 1 2	_____
18. **Pessimisme** (s'attend au pire)	a 0 1 2	_____
19. **Idées délirantes congruentes à l'humeur** (idée délirante de ruine, de maladie ou de perte).	a 0 1 2	_____
	Total :	_____

Commentaires :

date : ___/___/___ Signature : _____

Projet SIPA Établissement :	Révision en cours

ANNEXE 4

CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA

Scoring System

a = unable to evaluate
0 = absent
1 = mild or intermittent
2 = severe

Ratings should be based on symptoms and signs occurring during the week prior to interview. No score should be given if symptoms result from physical disability or illness.

1.	**Anxiety** (anxious expression, ruminations, worrying)	a 0 1 2	_____
2.	**Sadness** (sad expression, sad voice, tearfulness)	a 0 1 2	_____
3.	**Lack of reactivity to pleasant events**	a 0 1 2	_____
4.	**Irritability** (easily annoyed, short tempered)	a 0 1 2	_____
5.	**Agitation** (restlessness, handwringing, hairpulling)	a 0 1 2	_____
6.	**Retardation** (slow movements, slow speech, slow reactions)	a 0 1 2	_____
7.	**Multiple physical complaints** (score 0 if GI symptoms only)	a 0 1 2	_____
8.	**Loss of interest** (less involved in usual activities) (score only if change occurred acutely, i.e., in less than 1 month)	a 0 1 2	_____
9.	**Appetite loss** (eating less than usual)	a 0 1 2	_____
10.	**Weight loss** (score 2 if greater than 5 lb in 1 month)	a 0 1 2	_____
11.	**Lack of energy** (fatigues easily, unable to sustain activities) (score only if change occurred acutely, i.e., in less than 1 month)	a 0 1 2	_____
12.	**Diurnal variation of mood** (symptoms worse in the morning)	a 0 1 2	_____
13.	**Difficulty falling asleep** (later than usual for this individual)	a 0 1 2	_____
14.	**Multiple awakenings during sleep**	a 0 1 2	_____
15.	**Early morning awakening** (earlier than usual for this individual)	a 0 1 2	_____
16.	**Suicide** (feels life is not worth living, has suicidal wishes, or makes suicide attempt)	a 0 1 2	_____
17.	**Poor self-esteem** (self-blame, self-depreciation feelings of failure)	a 0 1 2	_____
18.	**Pessimism** (anticipation of the worst)	a 0 1 2	_____
19.	**Mood-congruent delusions** (delusions of poverty, illness, or loss).	a 0 1 2	_____
		Total :	_____

Commentaires :

date : ___/___/___ Signature : _____

L'échelle de dépression de Cornell pour la démence

Directives pour l'administration

Cette échelle s'administre en 2 étapes. Premièrement, l'évaluateur questionne l'aidant principal de la personne atteinte en lui décrivant les symptômes et les signes. L'évaluateur est libre d'utiliser des descriptions complémentaires pour aider le répondant à comprendre la signification de chaque énoncé. Pour les énoncés « perte d'intérêt » et « manque d'énergie », les observations doivent tenir compte d'une période de moins d'un mois avant la rencontre. Pour l'énoncé « perte de poids », l'information recueille concerne le mois précédent l'entrevue. Deuxièmement, l'évaluateur interroge brièvement la personne atteinte si ses capacités le permettent, sinon les énoncés servent de base d'observation et d'enquête mais il ne se confine pas nécessairement à ces énoncés. S'il existe une grande différence entre le rapport de l'évaluateur (qu'il a complété avant d'interroger le répondant) et celui du répondant, l'évaluateur doit reprendre le questionnaire avec le répondant et tenter de clarifier la raison de ce désaccord. Après ce processus, l'évaluateur établit le résultat final de l'échelle (score total) sur la base de son jugement final. Bien sûr, les évaluateurs obtiennent plus d'information de la part des personnes présentant une démence légère que ceux ayant une démence grave (sévère). Même si le score total peut indiquer la présence d'un syndrome dépressif, cette échelle ne doit pas être utilisée comme instrument diagnostic.

Les scores obtenus varient entre « 0 » et « 38 » (score maximum). L'interprétation des résultats est basée sur les scores moyens et sont classés comme suit : 7 et moins, aucune dépression, entre 8 et 14, dépression mineure intermittente, entre 15 et 24, dépression probable et entre 25 et 38, dépression majeure.

Source : Alexopoulos, G.S., Albrams, R.C., Young, R.C., Shamoian, C.A. Cornell Scale for depression in dementia. Biol Psychiatry 1988;23 :271-284.

Tiré de : Dubé, M., Lemieux, C. (1998). Personnes âgées atteintes de déficits cognitifs. Manuel d'intervention. Laboratoire de gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Projet SIPA Établissement :	**Révision en cours**

ANNEXE 5

INVENTAIRE DU FARDEAU DE ZARIT

Traduction du Burden Interview de Zarit * par Le Centre de recherche en gérontologie et gériatrie
Hôpital D'Youville de Sherbrooke, 1036, rue Belvédère Sud, Sherbrooke, Qc J1H 4C4

* Zarit, S.H., Orr, N.K., Zarit, J.M. : The hidden victims of Alzheimer's disease. New York University Press, New York, 1985

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquez À QUELLE FRÉQUENCE il vous arrive de vous sentir ainsi : **JAMAIS, RAREMENT, QUELQUEFOIS, ASSEZ SOUVENT ou PRESQUE TOUJOURS**. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse.

SCORE	
0-20 aucun fardeau	**0 = JAMAIS**
21-40 fardeau léger à modéré	**1 = RAREMENT**
41-60 fardeau modéré à sévère	**2 = QUELQUEFOIS**
61-88 fardeau sévère	**3 = ASSEZ SOUVENT**
	4 = PRESQUE TOUJOURS

À QUELLE FRÉQUENCE VOUS ARRIVE-T-IL DE...

1.	sentir que votre parent demande plus d'aide qu'il n'en a besoin?	0 1 2 3 4	☐
2.	sentir qu'à cause du temps consacré à votre parent, vous n'avez plus assez de temps pour vous?	0 1 2 3 4	☐
3.	vous sentir tiraillé(e) entre les soins à votre parent et les autres responsabilités familiales ou de travail?	0 1 2 3 4	☐
4.	vous sentir embarrassé(e) par les comportements de votre parent?	0 1 2 3 4	☐
5.	vous sentir en colère lorsque vous êtes en présence de votre parent?	0 1 2 3 4	☐
6.	sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis?	0 1 2 3 4	☐
7.	avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent?	0 1 2 3 4	☐
8.	sentir que votre parent est dépendant de vous?	0 1 2 3 4	☐
9.	vous sentir tendu(e) quand vous êtes avec votre parent?	0 1 2 3 4	☐
10.	sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent	0 1 2 3 4	☐
11.	sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent?	0 1 2 3 4	☐
12.	sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent?	0 1 2 3 4	☐
13.	vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent?	0 1 2 3 4	☐
14.	sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il pouvait compter?	0 1 2 3 4	☐
15.	sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent compte tenu de vos autres dépenses?	0 1 2 3 4	☐
16.	sentir que vous en serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps?	0 1 2 3 4	☐
17.	sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent?	0 1 2 3 4	☐
18.	souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre?	0 1 2 3 4	☐
19.	sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent?	0 1 2 3 4	☐
20.	sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent?	0 1 2 3 4	☐
21.	sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent?	0 1 2 3 4	☐
22.	en fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins de votre parent sont un fardeau, une charge?	0 1 2 3 4	☐

Total : /88

Commentaires :

date : __/__/__ Signature : _____

Projet SIPA Établissement :	Révision en cours

ANNEXE 6

INVENTAIRE DU FARDEAU DE ZARIT*

- Zarit, S.H., Orr, N.K., Zarit, J.M. : The hidden victims of Alzheimer's disease. New York University Press, New York, 1985

Instructions: the following is a list of statements which reflect how people sometimes feel when taking care of another person. After each statement indicate how often you feel that way: **NEVER, RARELY, SOMETIMES, QUITE FREQUENTLY, OR NEARLY ALWAYS**. There are no right or wrong answers.

SCORE
0-20 no burden
21-40 burden: light to moderate
41-60 burden: moderate to severe
61-88 burden: severe

0 = NEVER
1 = RARELY
2 = SOMETIMES
3 = QUITE FREQUENTLY
4 = NEARLY ALWAYS

1.	Do you feel that your relative asks for more help than he/she needs?	0 1 2 3 4	☐
2.	Do you feel that because of the time you spend with your relative you don't have enough time for yourself?	0 1 2 3 4	☐
3.	Do you feel stressed between caring for your relative and trying to meet other responsibilities?	0 1 2 3 4	☐
4.	Do you feel embarrassed over your relative's behaviour?	0 1 2 3 4	☐
5.	Do you feel angry when you are around your relative?	0 1 2 3 4	☐
6.	Do you feel that your relative currently affects your relationship with other family members or friends in a negative way?	0 1 2 3 4	☐
7.	Are you afraid what the future holds for your relative?	0 1 2 3 4	☐
8.	Do you feel your relative is dependent on you?	0 1 2 3 4	☐
9.	Do you feel strained when you are around your relative?	0 1 2 3 4	☐
10.	Do you feel your health has suffered because of your involvement with your relative?	0 1 2 3 4	☐
11.	Do you feel that you don't have as much privacy as you would like, because of your relative?	0 1 2 3 4	☐
12.	Do you feel that your social life has suffered because you are caring for your relative?	0 1 2 3 4	☐
13.	Do you feel uncomfortable about having friends over, because of your relative?	0 1 2 3 4	☐
14.	Do you feel that your relative seems to expect you to take care of him/her, as if you were the only one he/she could depend on?	0 1 2 3 4	☐
15.	Do you feel that you don't have enough money to care for your relative, in addition to the rest of your expenses?	0 1 2 3 4	☐
16.	Do you feel that you will be unable to take care of your relative much longer?	0 1 2 3 4	☐
17.	Do you feel you have lost control of your life since your relative's illness?	0 1 2 3 4	☐
18.	Do you wish you could just leave the care of your relative to someone else?	0 1 2 3 4	☐
19.	Do you feel uncertain about what to do about your relative?	0 1 2 3 4	☐
20.	Do you feel you should be doing more for your relative?	0 1 2 3 4	☐
21.	Do you feel you could do a better job in caring for your relative?	0 1 2 3 4	☐
22.	Overall, how burdened do you feel in caring for your relative?	0 1 2 3 4	☐

Total : /88

Commentaires :

date : ___/___/___ Signature : _____

Projet SIPA Établissement :	**Révision en cours**

ANNEXE 7

FEUILLE SOMMAIRE DE SUIVI DU PROTOCOLE DÉMENCE

(Évaluations complémentaires et prise en charge)

Évaluations complémentaires
(à compléter lorsque le dépistage est positif ou incertain)

❑ Évaluation médicale (référence au médecin de famille)

date : ___/___/___ Initiales :

❑ Évaluations complémentaires :
- ❑ clinique de mémoire — date : ___/___/___ — Initiales :
- ❑ hôpital de jour — date : ___/___/___ — Initiales :
- ❑ psychogériatrie — date : ___/___/___ — Initiales :
- ❑ ergothérapeute — date : ___/___/___ — Initiales :
- ❑ autre : _____ — date : ___/___/___ — Initiales :

_____

Diagnostic confirmé : ❑ oui → date : ____/____/____ md : _____
(poursuivre à la section « prise en charge »)

❑ non → inscrire la date de relance sur le formulaire de dépistage

Prise en charge interdisciplinaire
(les items cochés doivent être intégrés au PSI)

Date : ____/____/____ Initiales :

- ❑ traitements médicamenteux
- ❑ problèmes fonctionnels
- ❑ comportements perturbateurs
- ❑ troubles affectifs
- ❑ chutes
- ❑ sécurité
- ❑ aptitude
- ❑ niveaux de soins
- ❑ hébergement
- ❑ épuisement des aidants
- ❑ autre

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

ANNEXE 8

TESTAMENT DE VIE

ANNEXE 9

ARTICLES DE RÉFÉRENCES

- ✓ Patterson, C.J.S., Gauthier, S., Bergman, H., Cohen, C.A., Feightner, J.W., Fieldman, H., Hogan, D.B. (1999). Diagnostic, évaluation et traitement de la démence : conclusions de la Conférence canadienne de consensus sur la démence. CMAJ-JAMC; 160 (suppl.12) : SF1-SF18.

- ✓ Bouchard, C., Robichaud, L. (1999). Évaluation du conducteur âgé atteint de déficits cognitifs. Le cahier de formation médicale continue dans L'Actualité Médicale, vol. 20, no. 4 (janvier 1999) : 6-9.

© Groupe de recherche UMtl / UMcGill et Régie régionale de Montréal-Centre 2001

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

1725, RUE SAINT-DENIS
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2X 3L9